Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Temps d'attente pour la consultation de spécialistes au Canada, 2007

par Gisèle Carrière et Claudia Sanmartin

Avril 2010

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Temps d'attente pour la consultation de spécialistes au Canada, 2007

par Gisèle Carrière et Claudia Sanmartin

Résumé

Contexte

Le temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste peut représenter une composante importante du temps d'attente global dans le continuum de soins. Toutefois, on sait relativement peu de choses concernant les facteurs liés à la durée de l'attente par les patients d'une consultation initiale d'un spécialiste.

Données et méthodes

L'analyse est fondée sur un sous-échantillon de 5 515 participants de 15 ans et plus à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, qui ont consulté un spécialiste au sujet d'un nouveau problème de santé au cours des 12 mois précédents et qui ont déclaré un temps d'attente. Des modèles de régression logistique multivariée ont servi à déterminer les facteurs associés au temps d'attente se rapportant aux patients et aux fournisseurs de soins.

Résultats

Les patients de sexe féminin étaient moins susceptibles que les patients de sexe masculin de voir un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins. La nature du nouveau problème de santé et la source de l'aiguillage comportaient un lien significatif avec le temps d'attente. Comparativement à ceux aiguillés par un médecin de famille, les patients aiguillés par un autre spécialiste ou par un fournisseur de soins de santé autre qu'un médecin, ou qui n'avaient pas eu besoin d'aiguillage, étaient plus susceptibles d'avoir attendu moins longtemps. Dans le cas des hommes, mais pas des femmes, le revenu du ménage et le statut d'immigrant étaient associés au temps d'attente.

Interprétation

La présente analyse laisse supposer que des facteurs allant au-delà des besoins médicaux sont associés au temps d'attente des patients pour consulter un spécialiste. De plus amples recherches pourraient être utiles pour explorer les processus de prise de décision et de communication entre les médecins offrant les soins primaires et les spécialistes, afin de mieux comprendre comment l'urgence est évaluée, comment les patients sont triés en vue de la consultation d'un spécialiste et comment ce profil diffère selon les divers groupes de patients.

Mots-clés

Accès aux soins, spécialistes, immigrant, socioéconomique.

Auteures

Gisèle Carrière (1-604-666-5907, Gisele.Carriere@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, à Vancouver (Colombie-Britannique). Claudia Sanmartin (1-613-951-6059, Claudia.Sanmartin@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, à Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

L'accessibilité est un aspect fondamental de la qualité des soins de santé. Au Canada, on a déterminé que le temps d'attente représentait une mesure clé de l'accès et le principal obstacle pour les personnes ayant de la difficulté à obtenir des soins[1,2]. En 2005, environ 20 % des Canadiens ont déclaré des effets indésirables par suite de l'attente de soins de santé, y compris l'inquiétude, le stress et la douleur[2].

Récemment, de nombreuses initiatives au Canada ont visé à réduire le temps d'attente de services médicaux spécialisés[1,3-5], particulièrement dans le cas des interventions non urgentes dans cinq domaines prioritaires compris dans l'Accord sur la santé de 2004[6]. Même si le temps d'attente pour des chirurgies et d'autres interventions peut constituer un obstacle important aux soins, il ne représente que l'une des périodes d'attente du continuum de soins[7]. L'intérêt se déplace maintenant « en amont », vers le temps d'attente qui se situe plus tôt dans la prestation des soins de santé, y compris le temps d'attente pour la consultation de spécialistes, qui peut représenter une composante significative du temps d'attente global. Par exemple, en 2005, chez les Canadiens qui ont subi un remplacement d'articulation, l'attente d'une consultation initiale d'un orthopédiste a représenté près de 30 % du temps d'attente total[5].

En dépit de l'intérêt croissant à l'égard de l'accès aux spécialistes, on sait peu de choses au sujet des facteurs relatifs aux patients et aux fournisseurs de soins qui pourraient être associés à un temps d'attente plus court, comparativement à un temps d'attente plus long, pour une consultation initiale. L'accès aux spécialistes, comme tous les autres types de services de soins de santé, peut être associé à une gamme de facteurs[8]. Les caractéristiques socioéconomiques des patients comportent un lien avec le *recours* aux services de spécialistes[9-13], mais on ne sait pas si ces caractéristiques sont aussi associées au *temps d'attente* pour la consultation d'un spécialiste. Les variables relatives aux fournisseurs de soins[13,14], y compris les processus de décision des médecins au moment de l'évaluation de l'urgence d'un cas[15], ont aussi été liées à la question de savoir qui obtient une consultation d'un spécialiste. Encore une fois, on ne sait pas clairement

si ces facteurs sont associés à la longueur du temps d'attente.

À partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, la présente étude examine les associations entre les facteurs liés aux patients et ceux liés aux fournisseurs de soins et la durée du temps d'attente des patients pour la consultation d'un spécialiste au sujet d'une nouvelle maladie ou d'un nouveau problème de santé.

Méthodes

Source des données

Les données proviennent d'un sous-échantillon de participants de 15 ans et plus, dans les dix provinces, qui ont répondu aux modules « Accès aux services de soins de santé » et « Temps d'attente » de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007. Ces modules, qui appartenaient auparavant à l'Enquête sur l'accès aux services de santé, ont été intégrés à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2003.

Le taux de réponse à l'enquête a été de 75,7 %. Les résidents des établissements, des trois territoires, des réserves indiennes, des terres de la Couronne et de certaines régions éloignées, ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes, ont été exclus de l'enquête. Les réponses par procuration n'étaient pas autorisées. Étant donné que les participants à l'enquête compris dans cette analyse représentent un sous-échantillon, les bases de sondage multiples de l'enquête mère s'appliquent. De plus amples renseignements concernant l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sont disponibles dans d'autres rapports[16,17] et dans le site Web de Statistique Canada : http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2.

L'étude se rapporte à 5 515 participants à l'enquête qui ont déclaré avoir consulté un spécialiste concernant une nouvelle maladie ou un nouveau problème de santé au cours des 12 mois précédents et qui ont déclaré un temps d'attente.

Techniques d'analyse

Les facteurs liés au temps d'attente pour la consultation de spécialistes ont été déterminés au moyen d'analyses de régression logistique multivariée de la cohorte totale et de modèles selon le sexe. Le résultat d'intérêt était le temps d'attente pour la consultation initiale d'un spécialiste, exprimé comme variable dichotomique, indiquant si les patients avaient attendu : 1) moins d'un mois, ou 2) plus longtemps. Ce seuil a été choisi sur la base du temps d'attente médian (4,3 semaines). Afin de tenir compte du plan de sondage complexe, des erreurs-types, des coefficients de variation et des intervalles de confiance de 95 % ont été estimés au moyen de la méthode du *bootstrap*[18,19]. La signification statistique des écarts entre les estimations a été testée au seuil de signification de 5 % ($p<0,05$).

Les facteurs liés aux patients dont on croyait qu'ils étaient associés au temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste étaient le sexe, l'âge, la scolarité, le revenu du ménage, le statut d'immigrant et le lieu de résidence (rural ou urbain).

Les immigrants ont été définis comme étant les participants à l'enquête nés à l'extérieur du Canada et ne possédant par la citoyenneté canadienne à la naissance. Ils ont été catégorisés selon leur durée de résidence au Canada : moins de 10 ans, ou 10 ans ou plus avant la date de l'enquête.

Selon une répartition nationale du revenu total du ménage (rajustée selon la taille du ménage), les participants à l'enquête ont été classés en quintiles de revenu du ménage.

Le niveau de scolarité correspond au niveau de scolarité le plus élevé atteint par la personne.

Il a été démontré que le temps d'attente pour la consultation initiale d'un spécialiste était lié à la nature du problème de santé sous-jacent[3]. Par conséquent, un rajustement a été apporté selon le genre de nouveau problème de santé déclaré et la présence de problèmes de santé chroniques. Les problèmes de santé chroniques étaient l'asthme, l'arthrite, le cancer, le diabète, la bronchopneumopathie chronique obstructive, la maladie cardiaque et les troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, manie ou dysthymie).

Les personnes ayant des problèmes de santé chroniques, et particulièrement celles présentant plusieurs comorbidités, sont souvent en moins bonne santé. Cela peut affecter la gravité du problème pour lequel elles souhaitent obtenir des soins et, par conséquent, le temps d'attente. Afin de corriger partiellement cette possibilité, les participants à l'enquête ont été classés selon le nombre de problèmes de santé chroniques déclarés : aucun, un, ou deux ou plus. En outre, on a déterminé si les participants à l'enquête souffraient (ou non) d'hypertension.

Les facteurs liés aux fournisseurs de soins ont été représentés par deux variables : avoir un médecin régulier et source de l'aiguillage vers un spécialiste (médecin de famille, autre spécialiste, autre fournisseur de soins de santé, ou aucun aiguillage requis).

Les modèles multivariés comprenaient initialement la province de résidence, mais les résultats ne différaient pas de ceux non corrigés pour tenir compte de la province. Par conséquent, étant donné la taille limitée de l'échantillon, la province a été supprimée des modèles finaux pour préserver la puissance statistique.

Toutes les variables indépendantes des modèles ont fait l'objet d'un test de multicolinéarité.

Résultats

Caractéristiques des patients consultant des spécialistes

En 2007, environ 3 millions de patients de 15 ans et plus ont déclaré avoir consulté un spécialiste concernant un nouveau problème de santé l'année précédente (tableau 1). Presque 60 % de ces patients étaient des femmes. Plus de la moitié des patients étaient âgés de 45 ans et plus. Les hommes qui ont consulté des spécialistes étaient légèrement plus âgés que les femmes, ayant en moyenne 50 ans,

Tableau 1
Caractéristiques des patients qui ont consulté un spécialiste concernant un nouveau problème de santé, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2007

	Chiffres de l'échantillon	Estimation pondérée (en milliers)	Colonne (%)
Total des 15 ans et plus	**5 515**	**3 043**	**100,0**
Sexe			
Hommes	2 035	1 226	40,3
Femmes	3 480	1 816	59,7
Groupe d'âge			
15 à 34 ans	1 138	746	24,5
35 à 44 ans	877	588	19,3
45 à 64 ans	2 099	1 148	37,7
65 ans et plus	1 401	560	18,4
Scolarité			
Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires	1 015	469	15,5
Diplôme d'études secondaires	801	418	13,8
Études postsecondaires partielles	423	248	8,2
Diplôme postsecondaire	3 250	1 894	62,5
Quintile de revenu du ménage			
1 (le plus faible)	1 004	532	17,5
2	962	478	15,7
3	983	605	19,9
4	1 000	537	17,7
5 (le plus élevé)	984	580	19,1
Données manquantes	582	311	10,2
Statut d'immigrant			
Immigrant (au Canada depuis 0 à 10 ans)	148	173	5,7
Immigrant (au Canada depuis plus de 10 ans)	659	446	14,7
Né au Canada	4 688	2 412	79,6
Résidence			
Noyau urbain	3 290	2 179	71,6
Banlieue urbaine	149	79	2,6
Région urbaine à l'extérieur d'une région métropolitaine de recensement / agglomération de recensement	427	130	4,3
Noyau urbain secondaire	60	46	1,5
Mélange de zones urbaines et rurales	815	254	8,3
Région rurale	774	355	11,7
Nouveau problème de santé			
Problème gynécologique	598	372	12,2
Maladie du cœur / accident vasculaire cérébral	530	279	9,2
Cancer	373	212	7,0
Maladie de la peau	323	180	5,9
Cataracte ou autre maladie de l'œil	320	164	5,4
Arthrite/rhumatisme	196	93	3,1
Trouble de santé mentale	183	103	3,4
Asthme ou autre problème respiratoire	126	66	2,2
Autre	2 852	1 567	51,5
Hypertension artérielle[†]			
Non	4 046	2 381	78,4
Oui	1 459	657	21,7
Nombre de problèmes de santé chroniques[‡]			
Aucun	2 603	1 602	53,2
Un	1 775	903	30,0
Deux ou plus	1 076	504	16,8
A un médecin de famille régulier			
Oui	5 132	2 766	90,9
Non	382	275	9,1
Source de l'aiguillage vers un spécialiste			
Médecin de famille	4 012	2 061	67,9
Autre spécialiste	570	339	11,1
Autre fournisseur de soins de santé	571	372	12,2
N'a pas eu besoin d'aiguillage	352	263	8,7

† exclue du nombre de problèmes de santé chroniques
‡ les problèmes de santé chroniques étaient l'asthme, l'arthrite, le cancer, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète, la maladie cardiaque, les troubles de l'humeur (la dépression, les troubles bipolaires, la manie, la dysthymie)
† à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)

Notes : Les estimations sont fondées sur la population qui a eu une consultation initiale avec un spécialiste de la santé au cours des 12 mois précédents et qui a fourni des renseignements concernant le temps d'attente. Sauf pour le revenu total du ménage, les analyses excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007.

comparativement à 47 ans (données non présentées). Le niveau de scolarité et le revenu du ménage des patients avaient tendance à être légèrement plus élevés que ceux de la population en général (données non présentées). Environ 20 % étaient des immigrants, dont un peu moins des trois quarts étaient au Canada depuis plus d'une décennie.

Les trois principaux problèmes de santé au sujet desquels des spécialistes ont été consultés étaient des problèmes gynécologiques (12 %), une maladie cardiaque/un accident vasculaire cérébral (9 %) et le cancer (7 %), même si, évidemment, cela variait selon le sexe. Au total, 21 % des femmes ont consulté un spécialiste concernant un nouveau problème gynécologique (données non présentées). Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'avoir consulté un spécialiste en raison d'un nouveau problème cardiaque/accident vasculaire cérébral (13 % comparativement à 7 %).

Un peu moins de la moitié des patients avaient aussi au moins un problème de santé chronique, et 17 % ont déclaré des comorbidités multiples.

La plupart des patients (91 %) qui avaient consulté un spécialiste avaient un médecin régulier. Plus des deux tiers (68 %) des patients avaient été aiguillés vers le spécialiste par leur médecin de famille, 11 %, par un autre spécialiste, 12 %, par un autre fournisseur de soins de santé, et 9 % ont indiqué ne pas avoir eu besoin d'aiguillage. Les sources les plus courantes d'aiguillage variaient selon la province, particulièrement au Québec, où près de 20 % des patients ont indiqué avoir été aiguillés par un fournisseur de soins de santé qui n'était pas leur médecin de famille ou un autre spécialiste, et 17 %, ne pas avoir eu besoin d'aiguillage (tableau 2).

Répartition du temps d'attente

Près de la moitié (46 %) des patients avaient attendu moins d'un mois pour leur consultation initiale d'un spécialiste (tableau 2), 40 % avaient attendu d'un à trois mois, et 14 %, plus de trois mois. Le pourcentage de personnes

Tableau 2
Répartition en pourcentage non corrigé du temps d'attente et des sources de l'aiguillage vers un spécialiste concernant un nouveau problème de santé, selon la province, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2007

			Temps d'attente			Attente plus longue que la médiane	Source de l'aiguillage			
Province	Chiffres de l'échantillon	Estimation pondérée	Moins d'un mois	1 à 3 mois	3 mois ou plus		Médecin de famille	Autre spécialiste	Autre fournisseur de soins de santé	N'a pas eu besoin d'aiguillage
	Nombre	En milliers	%							
Total	**5 515**	**3 043**	**45,6**	**40,5**	**13,9**	**39,1**	**67,9**	**11,2**	**12,2**	**8,7**
Terre-Neuve-et-Labrador	217	49	37,0*	41,7	21,4*	49,3*	69,0	12,1[E]	11,0[E]	F
Île-du-Prince-Édouard	173	13	44,6	44,3	11,1[E]	41,7	77,8*	8,8[E]	9,1[E]	F
Nouvelle-Écosse	322	99	47,6	37,6	14,8[E]	39,7	78,7*	10,2[E]	4,5[E]*	6,6[E]
Nouveau-Brunswick	284	76	44,3	37,9	17,8[E]	45,2	73,6	8,8[E]	9,5[E]	8,1[E]
Québec	520	711	51,0*	36,9	12,2	33,3*	46,2*	17,5*	19,8*	16,5*
Ontario	2 391	1 195	44,7	40,7	14,5	40,2	72,4*	10,2	11,0	6,4*
Manitoba	365	108	37,2*	48,8*	14,0[E]	47,2*	76,7*	6,8[E]*	9,2[E]	7,4[E]
Saskatchewan	363	81	46,3	38,8	15,0[E]	43,3	78,1*	10,8[E]	7,9[E]*	F
Alberta	403	314	41,8	45,9	12,4[E]	40,8	75,4*	8,1[E]	9,1[E]	7,4[E]
Colombie-Britannique	477	396	44,4	41,1	14,6	39,5	78,5*	7,1[E]*	9,5[E]	4,9[E]*

* estimation significativement différente de l'estimation pour le « reste du Canada » qui représente tous les participants à l'enquête ne résidant pas dans la province indiquée ($p < 0,05$)
[E] à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
F trop peu fiable pour être publié (coefficient de variation de plus de 33,3 %)
Notes : Les estimations sont fondées sur la population qui a eu une consultation initiale avec un spécialiste de la santé au cours des 12 mois précédents et qui a fourni des renseignements concernant le temps d'attente. Les analyses excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »).
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007.

Tableau 3
Répartition en pourcentage non corrigé du temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste concernant un nouveau problème de santé, selon la nature du nouveau problème, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2007

	Temps d'attente			Moins d'un mois	
Nouveau problème de santé	Moins d'un mois	1 à 3 mois	3 mois ou plus	Hommes	Femmes
Total	**45,6**	**40,5**	**13,9**	**51,0**	**42,1**
Maladie cardiaque / accident vasculaire cérébral†	59,3	33,3	7,4[E]	63,3	54,5
Cancer	56,8	30,5	12,7[E]	56,3	57,2
Trouble de santé mentale	48,7	36,6	14,7[E]	51,5	47,2[E]
Cataracte ou autre maladie de l'œil	46,4*	39,6	14,1[E]*	54,6	41,8
Asthme ou autre problème respiratoire	45,0*	45,6	9,5[E]	x	43,7[E]
Autre	44,4*	41,7*	13,9*	48,7*	40,6*
Maladie de la peau	42,2*	42,6	15,2[E]*	45,4*	39,0*
Problème gynécologique	39,1*	46,3*	14,6*	..	39,1*
Arthrite/rhumatisme	28,9*	40,1	31,0*	x	24,6[E]*

† groupe de référence
* estimation significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence ($p < 0,05$)
[E] à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
.. n'ayant pas lieu de figurer
Notes : Les estimations sont fondées sur la population qui a eu une consultation initiale avec un spécialiste de la santé au cours des 12 mois précédents et qui a fourni des renseignements concernant le temps d'attente. Les analyses excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »).
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007.

qui ont vu le spécialiste dans un délai d'un mois ou moins variait de 37 % à Terre-Neuve-et-Labrador et au Manitoba à 51 % au Québec. Un peu moins de la moitié (49 %) des personnes ayant besoin d'une consultation pour un nouveau problème de santé mentale ont attendu moins d'un mois.

La durée de l'attente dépendait de la nature du nouveau problème. Il n'est pas étonnant de constater que les patients ayant des maladies potentiellement mortelles étaient les plus susceptibles d'avoir vu un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins. Près de 60 % de ceux ayant une maladie cardiaque/un accident vasculaire cérébral ou le cancer ont attendu moins d'un mois pour leur consultation initiale, comparativement à 29 % de ceux souffrant d'arthrite/de rhumatisme (tableau 3). Un peu moins de la moitié (49 %) des personnes ayant besoin d'une consultation pour un nouveau problème de santé mentale ont attendu moins d'un mois.

Dans l'ensemble, 51 % des patients de sexe masculin ayant un nouveau

Tableau 4
Prévalence non corrigée et rapports de cotes corrigés pour le temps d'attente inférieur à un mois pour la consultation d'un spécialiste, selon certaines caractéristiques et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2007

	Total					Hommes					Femmes				
	Prévalence non corrigée	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Prévalence non corrigée	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Prévalence non corrigée	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Total des 15 ans et plus	45,6	43,5	47,7	..	..	..	50,9	47,3	54,6	..	..	..	42,0	39,2	44,7	..	..	..
Sexe																		
Hommes†	51,0	47,3	54,6	1,0			..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Femmes	42,0*	39,2	44,7	0,8*	0,6	1,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Groupe d'âge																		
15 à 34 ans	47,3	42,7	51,9	..	..	..	55,8	46,9	64,7	..	..	..	43,1	38,0	48,2	..	..	..
35 à 44 ans	45,5	40,0	50,9	..	..	..	49,9	40,8	59,0	..	..	..	42,4	36,2	48,6	..	..	..
45 à 64 ans	43,4	40,1	46,7	..	..	..	48,7	43,2	54,1	..	..	..	40,0	35,4	44,1	..	..	..
65 ans et plus†	47,9	43,6	52,2	..	..	..	51,4	44,0	58,0	..	..	..	44,6	39,1	50,1	..	..	..
Âge modélisé en terme continu	..	..	..	1,0	1,0	1,0	..	..	..	1,0	0,9	1,0	..	..	..	1,0	1,0	1,0
Âge modélisé en terme quadratique	..	..	..	1,0	1,0	1,0	..	..	..	1,0	1,0	1,0	..	..	..	1,0	1,0	1,0
Scolarité																		
Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires	48,4	43,5	53,3	1,2	0,9	1,6	52,5	44,8	60,2	1,4	0,9	2,2	45,7	39,2	52,1	1,2	0,8	1,6
Diplôme d'études secondaires	45,6	40,0	51,3	1,2	0,9	1,5	50,0	40,1	60,0	1,1	0,7	1,7	43,5	36,8	50,1	1,2	0,9	1,6
Études postsecondaires partielles	45,3	37,5	53,1	1,0	0,7	1,3	53,9	41,9	65,9	1,1	0,6	1,9	40,0	30,0	50,0	0,9	0,6	1,4
Diplôme postsecondaire†	44,8	42,0	47,5	1,0	..	..	50,2	45,4	55,0	1,0	..	..	40,8	37,3	44,3	1,0	..	..
Quintile de revenu du ménage																		
1 (le plus faible)	48,7	43,7	53,7	0,9	0,7	1,3	51,5	42,4	60,7	0,5*	0,3	0,9	47,5	41,2	53,7	1,4	0,9	2,1
2	47,6	42,8	52,5	0,9	0,7	1,3	54,5	45,9	63,0	0,7	0,4	1,2	43,9	37,6	50,3	1,2	0,8	1,8
3	46,7	41,7	51,7	0,9	0,7	1,3	51,1	43,0	59,3	0,7	0,4	1,1	43,2	36,7	49,7	1,3	0,9	1,9
4	41,3	36,8	45,8	0,8	0,6	1,1	44,9	38,2	51,5	0,6*	0,4	0,9	38,6	32,6	44,6	1,1	0,7	1,6
5 (le plus élevé)†	47,0	41,7	52,4	1,0	..	..	54,8	46,8	62,8	1,0	..	..	38,4	31,4	45,5	1,0	..	..
Données manquantes	39,7	33,2	46,3	0,8	0,5	1,1	45,8	35,2	56,3	0,6	0,3	1,1	36,8	29,1	44,6	0,9	0,6	1,5
Statut d'immigrant																		
Immigrant (au Canada depuis 0 à 10 ans)	53,5	42,9	64,1	1,4	0,9	2,4	66,3*	51,1	81,4	2,1	0,9	4,6	44,0‡	29,6	58,5	1,2	0,6	2,4
Immigrant (au Canada depuis plus de 10 ans)	49,6	43,7	55,5	1,4*	1,0	1,8	60,5*	51,7	69,3	2,0*	1,3	3,0	42,1	34,8	49,3	1,1	0,8	1,5
Né au Canada†	44,4	42,0	46,7	1,0	..	..	48,1	44,1	52,0	1,0	..	..	41,9	38,8	44,9	1,0	..	..
Résidence																		
Noyau urbain†	45,7	43,1	48,4	1,0	..	..	52,1	47,9	56,4	1,0	..	..	41,4	37,9	44,9	1,0	..	..
Banlieue urbaine	34,7	24,2	45,3	0,6	0,4	1,0	x	x	x	0,6	0,3	1,5	33,4‡	20,3	46,5	0,6	0,3	1,1
Région urbaine à l'extérieur d'une région métropolitaine de recensement/ agglomération de recensement	49,3	40,2	58,3	1,3	0,9	1,9	51,9	39,4	64,4	1,4	0,7	2,5	47,7	36,0	59,4	1,4	0,9	2,2
Noyau urbain secondaire	52,7‡	28,0	77,5	1,5	0,5	4,3	x	x	x	1,4	0,2	9,1	x	x	x	1,6	0,6	3,9
Mélange de zones urbaines et rurales	44,0	38,6	49,3	1,1	0,8	1,4	47,8	39,0	56,6	1,1	0,7	1,7	41,8	35,3	48,2	1,1	0,8	1,5
Région rurale	45,9	40,0	51,7	1,1	0,8	1,4	47,9	38,1	57,7	1,0	0,6	1,4	44,3	36,9	51,7	1,2	0,9	1,7
Nouveau problème de santé																		
Maladie du cœur / accident vasculaire cérébral‡	59,3	52,3	66,4	1,0	..	..	63,3	54,4	72,3	1,0	..	..	54,5	43,4	65,5	1,0	..	..
Cancer	56,8	48,5	65,0	0,9	0,5	1,4	56,3	43,6	69,0	0,7	0,4	1,4	57,2	46,7	67,6	1,1	0,6	2,1
Maladie de la peau	42,2*	33,4	51,0	0,5*	0,3	0,8	45,4*	32,0	58,7	0,4*	0,2	0,9	39,0*	28,3	49,7	0,5*	0,3	1,0
Cataracte ou autre maladie de l'œil	46,4*	36,8	56,0	0,4*	0,3	0,7	54,6	40,0	69,3	0,5*	0,2	1,0	41,8	29,9	53,7	0,4*	0,2	0,8
Arthrite/rhumatisme	28,9*	20,3	37,5	0,3*	0,2	0,5	x	x	x	0,4*	0,2	0,9	24,6‡*	13,9	35,2	0,3*	0,1	0,5
Trouble de santé mentale	48,7	37,0	60,3	0,7	0,4	1,1	51,5	36,4	66,7	0,6	0,2	1,4	47,2‡	31,5	63,0	0,7	0,3	1,4
Asthme ou autre problème respiratoire	45,0*	33,9	56,1	0,5*	0,3	0,8	x	x	x	0,4*	0,2	0,8	43,7‡	28,1	59,4	0,6	0,3	1,4
Problème gynécologique	39,1*	32,7	45,5	0,4*	0,3	0,6	..	..	..	..	..	..	39,1*	32,7	45,5	0,4*	0,3	0,8
Autre	44,4*	41,5	47,3	0,5*	0,3	0,6	48,7*	44,1	53,4	0,5*	0,3	0,7	40,6*	36,9	44,3	0,5*	0,3	0,8
Hypertension artérielle																		
Non†	46,8	44,3	49,3	1,0	..	..	54,0	49,9	58,2	1,0	..	..	42,1	38,9	45,2	1,0	..	..
Oui	41,4*	37,4	45,5	0,7*	0,5	0,9	41,4*	35,0	47,8	0,6*	0,4	0,8	41,4	36,3	46,6	0,8	0,6	1,1
Nombre de problèmes de santé chroniques																		
Aucun†	46,9	43,9	50,0	1,0	..	..	54,2	49,1	59,3	1,0	..	..	41,7	37,9	45,5	1,0	..	..
Un	43,8	40,0	47,6	0,9	0,7	1,1	48,4	42,4	54,4	0,8	0,6	1,1	40,9	36,2	45,6	0,9	0,7	1,2
Deux ou plus	45,3	40,6	50,0	0,9	0,7	1,1	44,5	36,2	52,8	0,7	0,5	1,2	45,8	39,9	51,7	1,0	0,7	1,4
A un médecin de famille régulier																		
Oui†	44,3	42,1	46,5	1,0	..	..	48,5	44,8	52,3	1,0	..	..	41,5	38,7	44,4	1,0	..	..
Non	58,9*	51,0	66,8	1,2	0,8	1,7	69,2*	58,4	80,0	1,6	1,0	2,7	47,3	36,6	58,1	0,9	0,5	1,4
Source de l'aiguillage vers un spécialiste																		
Médecin de famille†	38,9	36,5	41,3	1,0	..	..	43,5	39,4	47,6	1,0	..	..	35,9	32,9	38,9	1,0	..	..
Autre spécialiste	52,3*	45,1	59,5	1,7*	1,3	2,4	58,3*	45,7	70,9	1,7*	1,0	2,8	48,2*	40,1	56,3	1,6*	1,1	2,3
Autre fournisseur de soins de santé	58,7*	52,4	65,0	2,2*	1,7	3,0	62,4*	53,0	71,8	2,0*	1,3	3,1	55,7*	47,0	64,4	2,5*	1,7	3,7
N'a pas eu besoin d'aiguillage	71,6*	63,9	79,3	4,1*	2,8	6,0	79,7*	69,6	89,9	5,4*	2,9	10,0	65,7*	55,1	76,4	3,8*	2,4	6,1

† groupe de référence
‡ les problèmes de santé chroniques étaient l'asthme, l'arthrite, le cancer, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète, la maladie cardiaque, les troubles de l'humeur (la dépression, les troubles bipolaires, la manie, la dysthymie)
* estimation significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, désignée par † ($p < 0,05$)
E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
.. n'ayant pas lieu de figurer

Notes : Les estimations sont fondées sur la population qui a eu une consultation initiale avec un spécialiste de la santé au cours des 12 mois précédents et qui a fourni des renseignements concernant le temps d'attente. Sauf pour le revenu total du ménage, les analyses excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »). Les résultats du rapport de cotes modélisé pour le modèle complet (ensemble de la cohorte) sont fondés sur les données fournies par 5 397 participants à l'enquête (1 982 hommes, 3 415 femmes).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Le temps d'attente pour une consultation initiale d'un spécialiste peut constituer un élément important du continuum de soins.
- On sait peu de choses concernant les facteurs associés au temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste.

Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude détermine les facteurs associés à un temps d'attente plus court par rapport à un temps d'attente plus long pour la consultation d'un spécialiste.
- Comme il fallait s'y attendre, la nature du problème de santé à l'origine de la consultation comportait un lien significatif avec la durée de l'attente.
- Les femmes avaient tendance à attendre plus longtemps que les hommes.
- Pour les deux sexes, le temps d'attente variait de façon significative selon la source de l'aiguillage.
- Dans le cas des hommes seulement, le revenu du ménage et le statut d'immigrant constituaient des facteurs importants du temps d'attente.

problème de santé ont attendu moins d'un mois pour leur consultation initiale. Toutefois, 63 % des hommes ayant un nouveau problème cardiaque/un accident vasculaire cérébral ont vu un spécialiste dans un délai d'un mois, tout comme 56 % de ceux ayant un cancer, 55 % de ceux ayant une maladie de l'œil et 52 % de ceux ayant des troubles mentaux.

Comparativement aux hommes, un pourcentage plus faible (42 %) de femmes ont obtenu leur première consultation avec un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins. Encore une fois, la probabilité d'un court temps d'attente variait selon le problème. Plus de la moitié de celles ayant un cancer (57 %) ou une maladie cardiaque/un accident vasculaire cérébral (55 %) ont obtenu leur première consultation dans un délai d'un mois ou moins. Par ailleurs, des pourcentages relativement faibles de personnes ayant des problèmes gynécologiques (39 %), une maladie de la peau (39 %) ou de l'arthrite/du rhumatisme (25 %) ont attendu moins d'un mois.

Résultats bivariés non corrigés

Les analyses non corrigées de l'ensemble du sous-échantillon laissent supposer qu'outre le sexe et la nature du nouveau problème, plusieurs autres facteurs ont été associés à un temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste (tableau 4).

Les personnes souffrant d'hypertension étaient moins susceptibles que celles n'ayant pas ce problème d'être vues dans un délai d'un mois ou moins. Des pourcentages comparativement élevés de patients sans médecin régulier et de patients qui ont été aiguillés par une personne autre qu'un médecin de famille ou qui n'ont pas eu besoin d'aiguillage ont attendu moins d'un mois.

Les analyses selon le sexe non corrigées montrent que chez les patientes, le temps d'attente inférieur à un mois était associé de façon significative à deux autres variables seulement : la nature du nouveau problème de santé et la source de l'aiguillage. Toutefois, chez les patients de sexe masculin, outre la nature du problème de santé et la source de l'aiguillage, le fait de ne pas souffrir d'hypertension artérielle ou de ne pas avoir de médecin de famille régulier et d'être un immigrant était associé à un temps d'attente inférieur à un mois.

Résultats de la régression logistique multivariée

Les résultats du modèle complet montrent que, même lorsque l'influence des autres variables était prise en compte, les patientes étaient significativement moins susceptibles que les patients de voir un spécialiste en moins d'un mois. En outre, comme il fallait s'y attendre, pour les deux sexes, la nature du nouveau problème de santé comportait un lien significatif avec le temps d'attente : par rapport à ceux qui avaient un nouveau problème cardiaque/un accident vasculaire cérébral, la cote exprimant la possibilité de voir un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins était significativement plus faible pour les hommes et pour les femmes ayant une maladie de la peau et une maladie de l'œil, ainsi que de l'arthrite/du rhumatisme. Par ailleurs, les hommes ayant des problèmes d'asthme ou d'autres problèmes respiratoires et les femmes ayant des problèmes gynécologiques affichaient des cotes exprimant la possibilité de consulter un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins plus faibles.

Les résultats de l'analyse multivariée selon le sexe confirment aussi l'importance de la source de l'aiguillage dans le temps d'attente des patients de sexe masculin et féminin. Comparativement aux patients ayant été aiguillés par leur médecin de famille, ceux l'ayant été par un autre spécialiste ou un autre fournisseur de soins de santé affichaient des cotes exprimant la possibilité de consulter un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins environ deux fois plus élevées. Par ailleurs, chez les patients ayant indiqué ne pas avoir eu besoin d'aiguillage, la cote exprimant la possibilité de consulter un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins était cinq fois plus élevée pour les hommes et presque quatre fois plus élevée pour les femmes, comparativement à ceux qui avaient été aiguillés par leur médecin de famille.

Pour les hommes, mais pas pour les femmes, plusieurs autres facteurs comportaient un lien significatif avec le temps d'attente pour consulter un spécialiste. Chez les patients de sexe masculin, les cotes exprimant la possibilité de voir un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins étaient deux fois plus élevées pour ceux qui avaient immigré il y a plus de dix ans que pour ceux qui étaient nés au Canada. Par ailleurs, les patients de sexe masculin déclarant de l'hypertension affichaient

des cotes exprimant la possibilité de consulter un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins significativement plus faibles comparativement à ceux n'ayant pas d'hypertension. Le revenu du ménage était aussi significatif pour les patients de sexe masculin. Comparativement aux hommes du quintile de revenu supérieur, ceux du quintile de revenu inférieur étaient moins susceptibles de voir un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins. Cela était aussi vrai pour les hommes du deuxième quintile de revenu supérieur.

Discussion

Cette étude nationale permet de déterminer les facteurs liés aux patients et aux fournisseurs de soins associés au temps d'attente pour une consultation initiale d'un spécialiste concernant un nouveau problème de santé. Il n'est pas étonnant de constater que le temps d'attente variait selon la nature de ce problème, le temps d'attente étant généralement plus court pour les problèmes potentiellement mortels. Toutefois, même lorsque l'influence de cette variable est prise en compte, les résultats font ressortir des différences significatives dans le temps d'attente selon le sexe, la source de l'aiguillage et, dans le cas des patients de sexe masculin, le revenu du ménage et le statut d'immigrant.

Les femmes étaient significativement moins susceptibles que les hommes de consulter un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins. Cela pourrait être le résultat de biais systémiques liés au sexe dans l'accès aux services de soins de santé, qui ont déjà été démontrés. Par exemple, des différences entre les sexes dans l'accès aux soins primaires pour les maladies cardiaques[20-22], y compris le diagnostic du médecin et les pratiques de gestion[22], ont été déclarées. Un accès différent aux soins cardiovasculaires spécialisés selon les attributs non cliniques du patient, comme le statut social, a aussi été déclaré[23].

Toutefois, la disparité entre les patients de sexe masculin et ceux de sexe féminin dans le temps d'attente peut rendre compte des différences dans la gravité du problème qui a motivé la consultation d'un spécialiste. Toutefois, étant donné que les renseignements sur l'état de santé des patients avant les visites sont limités et qu'aucune mesure de la gravité du nouveau problème de santé n'est disponible, il n'a pas été possible de rajuster complètement les données en fonction de l'état de santé. Cela peut venir du fait que les temps d'attente plus courts des hommes pour la consultation de spécialistes sont attribuables à des problèmes de santé plus avancés. Les hommes sont moins susceptibles que les femmes d'avoir recours aux services d'un médecin ou d'avoir un médecin de famille régulier[12,24] et, par conséquent, peuvent faire face à une moins grande continuité dans les soins primaires. Par conséquent, il se peut que les hommes consultent à des étapes plus avancées de la maladie et qu'ils aient besoin d'une consultation accélérée d'un spécialiste.

Les différences dans le temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste selon le statut d'immigrant chez les patients de sexe masculin pourraient aussi rendre compte de la plus grande gravité des problèmes de santé émergents. Cela est conforme aux associations bien connues entre le statut d'immigrant et les changements dans l'état de santé au fil du temps, ainsi qu'aux différences dans l'utilisation des soins et l'accès aux soins chez la population immigrante. Les immigrants ont tendance à avoir un plus faible niveau de littératie en santé[25], ce qui peut contribuer à une moins grande utilisation des soins préventifs. Par exemple, des taux significativement plus faibles de dépistage du cancer ont été déterminés chez les minorités visibles, dont une proportion importante sont des immigrants[26]. En outre, même si les immigrants récents ont tendance à être en meilleure santé que la population née au Canada, ils sont plus susceptibles de déclarer une détérioration de leur santé au fil du temps[27]. Par conséquent, les différences entre les hommes dans le temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste selon le statut d'immigrant peuvent être attribuables aux besoins médicaux.

Enfin, les résultats de cette étude démontrent l'importance de la source de l'aiguillage à l'égard du temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste. Il peut y avoir plusieurs explications. Tout d'abord, la source de l'aiguillage peut indiquer où se situe le patient dans le cheminement de diagnostic et de traitement. La question de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes avait trait au temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste au cours des 12 mois précédents, mais la visite particulière qui a servi de base au participant à l'enquête pour répondre à la question peut en être une qui a été faite antérieurement à d'autres spécialistes pour confirmer un diagnostic. Ce processus peut avoir donné lieu à une plus grande certitude dans le diagnostic et, peut-être, avoir influencé l'urgence évaluée. Les praticiens généraux ont souvent recours à l'aiguillage pour obtenir de l'aide dans le diagnostic ou des conseils concernant la thérapie[28]. Par conséquent, l'incertitude du diagnostic peut être en cause lorsque la source de l'aiguillage est un médecin de famille, et elle peut avoir des répercussions sur l'urgence évaluée. Par ailleurs, une communication peu optimale entre les praticiens généraux et les spécialistes a été citée comme l'une des difficultés du processus d'aiguillage[29]. Récemment, des outils d'aiguillage ont été élaborés pour améliorer et uniformiser les communications entre les praticiens généraux et les spécialistes[15].

Les participants à l'enquête qui ont déclaré ne pas avoir eu besoin d'aiguillage affichaient des cotes exprimant la possibilité de consulter un spécialiste dans un délai d'un mois ou moins beaucoup plus élevées comparativement à ceux ayant été aiguillés par un médecin de famille. Dans une certaine mesure, cela est peut-être attribuable aux variations provinciales dans l'organisation des services, particulièrement au Québec. Des pourcentages relativement élevés de résidents du Québec ont déclaré des sources d'aiguillage autres qu'un

médecin de famille ou qu'une demande du patient proprement dit. Selon les données récentes[24], les résidents du Québec sont moins susceptibles que les personnes des autres provinces d'avoir un médecin de famille régulier et peuvent donc dépendre d'infirmières[30] ou d'autres professionnels de la santé travaillant dans des équipes de soins de santé primaires dans des centres de santé communautaires. Cela peut faciliter l'aiguillage vers des spécialistes.

Limites

La répartition du temps d'attente déclaré dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes était asymétrique. Afin de tenter de préserver la nature continue des données, une variable dépendante continue transformée logarithmiquement au moyen de la régression linéaire a été utilisée. Toutefois, étant donné que les participants à l'enquête pouvaient déclarer le temps d'attente en jours, en semaines ou en mois, et parce qu'ils avaient tendance à arrondir les réponses, particulièrement pour les temps d'attente plus longs, ces modèles étaient difficiles à ajuster. Par conséquent, un résultat dichotomique a été calculé et on a eu recours à des analyses de régression logistique.

L'étude est fondée sur des données autodéclarées qui n'ont pas été validées cliniquement et qui peuvent faire l'objet d'un biais de remémoration.

En outre, si les participants à l'enquête ont interprété la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de visiter un médecin spécialiste pour un diagnostic ou une consultation se rapportant à un nouveau problème de santé? » comme signifiant que le nouveau problème de santé et la consultation devaient s'être produit ou avoir eu lieu au cours des 12 derniers mois, certains participants ayant attendu plus longtemps ont peut-être été laissés de côté.

Les besoins cliniques sont un indicateur essentiel du temps d'attente pour des services de soins de santé, ce qui fait qu'on s'attend à ce que ceux dont les besoins sont plus grands attendent moins longtemps pour la consultation d'un spécialiste. Toutefois, il n'a pas été possible de tenir compte pleinement de la nécessité des services, les données concernant la gravité des problèmes nouveaux ou existants n'étant pas disponibles.

Conclusion

Le temps d'attente pour les services de spécialistes représente un indicateur clé de l'accès aux soins de santé au Canada. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournissent une occasion unique d'explorer les facteurs associés à la longueur du temps d'attente des patients pour obtenir les soins d'un spécialiste.

Les résultats de cette étude laissent supposer qu'outre la nature du nouveau problème de santé, le sexe et la source de l'aiguillage sont associés à l'obtention d'une consultation dans un délai d'un mois ou moins. Par ailleurs, dans le cas des hommes, le revenu du ménage et le statut d'immigrant jouent aussi un rôle significatif.

Il s'agit uniquement d'un examen préliminaire des facteurs liés au temps d'attente pour la consultation de spécialistes; des recherches plus poussées sont de toute évidence nécessaires. De façon particulière, compte tenu de l'importance apparente de la source de l'aiguillage, les analyses futures pourraient être axées sur les processus de prise de décisions et de communication, afin de déterminer comment l'urgence est évaluée et comment les patients sont triés en vue de la consultation de spécialistes. Les conclusions de cette recherche et des recherches subséquentes pourraient contribuer à mieux faire comprendre le rôle des différents fournisseurs de soins de santé dans l'accès aux spécialistes et la façon dont ces processus varient selon les groupes de patients. ■

Références

1. C. Sanmartin, C. Houle, J.-M. Berthelot *et al.*, « Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001 », Ottawa, Statistique Canada, 2002 (Statistique Canada, nº 82-575-XIF au catalogue).
2. C. Sanmartin et J.-M. Berthelot, « *Accès aux services de soins de santé au Canada, de janvier à décembre 2005* », Ottawa, Statistique Canada, 2006 (Statistique Canada, nº 82-575-XIF au catalogue).
3. Conseil canadien de la santé, *Éclaircir la question des temps d'attente : Que signifient des réductions et des garanties substantielles? Une mise à jour sur les temps d'attente dans les services de santé, juin 2007*, disponible à l'adresse http://healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com_content&task=view&id=174&Itemid=9 (consulté le 26 février 2008).
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Tableaux sur les temps d'attente — - Une comparaison par province, 2008*, disponible à l'adresse http://www.secure.cihi.ca/cihiweb/products/Final_Wait_Times_AIB_080229_FR.pdf (consulté le 16 mars 2008).
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, disponible à l'adresse http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_549_F&cw_topic=549&cw_rel=AR_1385_F (consulté le 16 mars 2008).
6. Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, disponible à l'adresse http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_f.pdf (consulté le 6 juin 2008).
7. C. Sanmartin, « Toward standard definitions of waiting times », *Healthcare Management Forum*, 2006, diffusion en ligne.
8. R. Andersen et J. Newman, « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
9. D.A. Alter, K. Iron, P.C. Austin *et al.*, « Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of acute myocardial infarction in Canada », *Journal of the American Medical Association*, 291, 2004, p. 1100-1107.
10. S. Dunlop, P.C. Coyte et W. McIssac, « Socio-economic status and the utilization of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, 51(1), 2000, p. 123-133.
11. P.J. Veugelers et A.M. Yip, « Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(6), 2003, p. 424-428.
12. A. Nabalamba et W.J. Millar, « Aller chez le médecin », *Rapports sur la santé*, 18(1), 2007, p. 25-39 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
13. B. Chan et P.C. Austin, « Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada: a population-based, multi-level modelling approach », *Medical Care*, 41(4), 2003, p. 500-511.
14. L.G. Suter, L. Fraenkel et E.S. Holmboe, « What factors account for referral delays for patients with suspected rheumatoid arthritis? », *Arthritis and Rheumatism*, 55(2), 2006, p. 300-305.
15. C. De Coster, A. Fitzgerald et M. Cepoiu, « Priority-setting tools for rheumatology disease referrals: a review of the literature », *The Journal of Clinical Rheumatology*, 27(11), 2008, p. 1411-1416.
16. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
17. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Fichiers de microdonnées 2007, Guide de l'utilisateur (juin 2008)*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/af-fdr.cgi?l=fra&loc=http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D7_T9_V4-fra.pdf&teng=UserGuide&tfra=Guidedel'utilisateur&keng=&kfra=&dispext=pdf.
18. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, nº 12-001 au catalogue).
19. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
20. A. Adams, C.D. Buckingham, A. Lindenmeyer *et al.*, « The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease », *Sociology of Health & Illness*, 30(1), 2008, p. 1-18.
21. S. Arber, J. McKinlay, A. Adams *et al.*, « Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment », *Social Science and Medicine*, 62(1), 2006, p. 103-115.
22. H. Richards, A. McConnachie, C. Morrison *et al.*, « Social and gender variation in the prevalence, presentation and general practitioner provisional diagnosis of chest pain », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 2000, p. 714-718.
23. D.A. Alter, A.S.H. Basinski et C.D. Naylor, « A survey of provider experiences and perceptions of preferential access to cardiovascular care in Ontario, Canada », *Annals of Internal Medicine*, 129, 1998, p. 567-572.
24. Statistique Canada, *Indicateurs de la santé, 2008*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080529/dq080529g-fra.htm (consulté le 18 juin 2008).
25. I. Rootman et D. Gordon-El-Bihbety, *Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 2008.
26. H. Quan, A. Fong, C. De Coster *et al.*, « Variation in health services utilization among ethnic populations », *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 2006, p. 787-790.
27. E. Ng, R. Wilkins, F. Gendron *et al.*, « *L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population* » (Statistique Canada, nº 82-618-MWF2005002 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2005.
28. M.T. Donohoe, R.L. Kravitz, D.B. Wheeler *et al.*, « Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists », *Journal of General Internal Medicine*, 14(5), 1999, p. 281-286.
29. T.K. Gandhi, D.F. Sittig, M. Franklin *et al.*, « Communication breakdown in the outpatient referral process », *Journal of General Internal Medicine*, 15(6), 2000, p. 626-631.
30. G. Carrière, « Consultation des médecins et des infirmières », *Rapports sur la santé*, 16(4), 2005, p. 49-56 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).